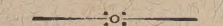


CANCER TOTAL DE L'UTÉRUS



THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 1^{er} Mai 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

M. AVRAM Iancu Zalman

Né à Bacau (Roumanie), le 18 Mai 1907

Examineurs de la Thèse :	{	MM. HOCHÉ, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Juges.</i>
		RICHON, professeur,		
		BINET, agrégé,		
		BODART, agrégé,		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical



NANCY
IMPRIMERIE GRANDVILLE

10, RUE DE MALZÉVILLE

—
1934

Cancer total de l'Utérus



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547412_0028

CANCER TOTAL DE L'UTÉRUS

—:o:—

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 1^{er} Mai 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

M. AVRAM Iancu Zalman

Né à Bacau (Roumanie), le 18 Mai 1907

Examineurs de la Thèse :	{	MM. HOCHE, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Juges.</i>
		RICHON, professeur,		
		BINET, agrégé,		
		BODART, agrégé,		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

—*—

NANCY
IMPRIMERIE GRANDVILLE

10, RUE DE MALZÉVILLE

—
1934

Doyen : M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\star$.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, $\star$, I $\star$;

WEISS, O $\star$, I $\star$; BOUIN, O $\star$, I $\star$; ANGEL, $\star$, I $\star$;

GARNIER, $\star$, I $\star$; MACE, $\star$, I $\star$; P. PARISOT, O $\star$, I $\star$.

Professeurs :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O $\star$, I $\star$.
Clinique médicale	M. G. ETIENNE, O $\star$, I $\star$.
Physique	M. DUFOUR, $\star$, I $\star$.
Clinique des malad. syphil. et cutanées	M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\star$.
Clin. de chir. infantile et d'orthopéd.	M. R. FRÉLICH, $\star$, I $\star$.
Physiologie	M. M. LAMBERT, $\star$, I $\star$.
Clinique obstétricale et Accouchem.	M. A. FRUHHINSHOLZ, O $\star$, I $\star$.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, $\star$, I $\star$.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, $\star$, I $\star$.
Histologie	M. R. COLLIN, $\star$, I $\star$.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, $\star$, I $\star$.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, $\star$, I $\star$.
Clinique médicale	M. L. RICHON, $\star$, I $\star$.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I $\star$.
Thérapeutique	M. M. PERRIN, $\star$, I $\star$.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C $\star$, I $\star$.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I $\star$.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, I $\star$.
Hydrologie	M. SANTENOISE, $\star$, A $\star$, I $\star$.
Clinique des maladies des enfants....	M. L. CAUSSADE, $\star$, I $\star$.
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\star$.
Histoire naturelle et parasitologie ...	M. G. THIRY, $\star$, I $\star$.

Chargés de Cours complémentaires :

Pharmacologie	M. M. PERRIN, $\star$, I $\star$, professeur.
Clinique des malad. tuberculeuses (1).	M. J. SIMONIN, A $\star$, agrégé.
Pathologie générale	M. SIMONIN, A $\star$, agrégé.
Clinique gynécologique	M. A. BINET, $\star$, I $\star$, agrégé libre.
Pathologie externe	M. GUILLEMIN, A $\star$, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses..	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\star$, profes.
Propédeutique dermatologique	M. WATRIN, $\star$, I $\star$, agrégé libre.
Médecine opératoire	M. M. BARTHÉLEMY, $\star$, I $\star$, ag. lib.
Electrothérapie et radiologie	M. G. LAMY, $\star$, I $\star$, agrégé.
Accouchements (cours théorique)	M. JOB, $\star$, I $\star$, agrégé libre.
Obstétrique	M. VERMELIN, $\star$, A $\star$, agrégé.
Clinique propédeutique médicale	M. DROUET, A $\star$, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. MUTEL, $\star$, I $\star$, agrégé.
Pathologie interne	M. ABEL, $\star$, A $\star$, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Education physique (1)	M. L. MERKLEN, A $\star$, agrégé.
Physiologie du travail.....	M. L. MERKLEN, A $\star$, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. MICHON, docteur.
Propédeutique O.-R. L. (1).....	M. AUBRIOT, docteur.

Agrégés en exercice :

M. LAMY, $\star$, I $\star$.	M. MERKLEN, A $\star$.
M. MUTEL, $\star$, I $\star$.	M. FLORENTIN.
M. VERMELIN, $\star$, A $\star$.	M. BODART.
M. GUILLEMIN, A $\star$.	M. CHALNOT.
M. ABEL, $\star$, A $\star$.	M. WOLFF.
M. DROUET, A $\star$.	M. POURCINES.
M. SIMONIN, A $\star$.	M. MELNOTTE, O $\star$.

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, $\star$, I $\star$; S. REMY, I $\star$; BUSQUET, I $\star$; L. JOB, $\star$, I $\star$;
FAIRISSE, I $\star$; BINET, $\star$, I $\star$; WATRIN, $\star$, I $\star$; BARTHÉLEMY, $\star$, I $\star$;

M. TRIBOLET, I $\star$, Secrétaire

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MON PÈRE, A MA MÈRE, A MA GRAND'MÈRE

*Reconnaissant de tous les sacrifices
qu'ils se sont imposés pour moi, je
leur dédie ce modeste travail. Ils y
trouveront l'hommage de mon inat-
térable affection.*

A MES SŒURS EVA, BECA ET AURICA

A MON AMI M. H. MICHEL

A LA FAMILLE GIRE, AU DOCTEUR ET M^{me} NICOLAS

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur L. HOCHE

Professeur d'Anatomie Pathologique à la Faculté de Médecine
de Nancy

Directeur du Centre Anticancéreux de Lorraine
Officier de la Légion d'honneur

*Témoignage de ma reconnaissance et
de ma respectueuse admiration.*

A MES JUGES

M. le Professeur L. RICHON

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine
de Nancy

Chevalier de la Légion d'honneur

M. le Professeur Agrégé A. BINET

Professeur de Clinique Gynécologique et de Pathologie externe
Chevalier de la Légion d'honneur

M. le Professeur Agrégé A. BODART

*qui nous ont fait le grand honneur
de juger cette thèse. Témoignage de
notre reconnaissance.*

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

AVANT-PROPOS

Sous le nom de *cancer total de l'utérus*, on décrit une variété d'épithélioma, envahissant la muqueuse entière de cet organe et s'infiltrant profondément dans les couches musculaires.

Presque tous les cas se rapportent à des femmes ayant dépassé la ménopause.

Les cas publiés en sont rares, et nous n'avons pu réunir dans les principaux ouvrages de gynécologie et de chirurgie, ainsi que dans les thèses traitant cette variété d'épithélioma, que huit observations.

Il y a évidemment à côté de cette variété que nous décrivons, des cas assez nombreux dans lesquels on observe l'envahissement simultané du col et du corps. Ce sont alors presque toujours des envahissements limités, laissant libre une partie plus ou moins importante de l'utérus.

Nous avons été conduits au cours de nos recherches bibliographiques à recueillir ces observations pour les étudier, les éliminer du cadre que nous nous étions tracé.

Elles peuvent être utilisées pour l'étude pathogénique et historique où nous les retrouverons.

En 1900, Cullen rapporte un cas sous le nom « *Une variété rare d'adénocarcinome de l'utérus* » et plus tard Maunu of Heurlin en 1911, en discutant la pro-

lifération épithéliale typique de la muqueuse utérine écrit : « *Cette forme d'adénome malin du col qui envahit en s'étalant, toute la surface interne de l'utérus n'a pas été décrite jusqu'à présent.* »

C'est en 1923, que Delarbre, en se basant sur plusieurs observations de la clinique du Professeur Tixier propose à cette forme de cancer le nom de « *Cancer total de l'utérus* ». Depuis, Tixier, Bonnet et Polosson ont présenté à plusieurs reprises dans le *Lyon Chirurgical*, en juin 1923, en 1927, et dans la *Gynécologie*, en 1931, des cas concernant spécialement cette forme particulière.

En 1932, P. Guilhem publie dans le *Bulletin de la Société Anatomo-clinique de Toulouse*, un cas de Cancer total de l'utérus.

MM. Lapeyre, Coll de Carrera et Fayot, qui l'ont étudié en avril 1933, n'ont pu en colliger que 16 cas dans la littérature médicale.

Nous citons un cas présenté dernièrement à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy en novembre 1933, par M. le Professeur Binet.

C'est notre excellent Maître, le Professeur Agrégé A. Binet, qui, à la suite d'une observation personnelle toute récente, attira notre attention sur ce sujet. Il nous encouragea à faire des recherches sur cette question et à faire porter le sujet de notre thèse sur cette affection.

Nous tenions à lui exprimer publiquement notre reconnaissance pour les excellents conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

Nous devons exprimer aussi notre reconnaissance à M. le Professeur Hoche qui nous a fait le plus grand honneur en acceptant la présidence de cette thèse inaugurale.

Qu'il nous soit encore permis de témoigner toute notre gratitude à M. le Professeur Richon. Son enseignement restera pour nous le guide le plus précieux dans l'exercice de notre profession.

Nous remercions M. le Professeur agrégé A. Bordart d'avoir bien voulu faire partie du Jury de notre thèse.

Que tous nos Maîtres trouvent dans ce travail l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour la grande bienveillance avec laquelle ils nous ont toujours reçu.

PATHOGÉNIE

Le néoplasme se développe sur place. Il n'occupe d'abord qu'une partie restreinte de la cavité utérine, la muqueuse environnante ne présentant que des lésions de métrite glandulaire ou hémorragique. Puis, la dégénérescence s'étend, *le néoplasme bourgeonne vers la cavité utérine et l'occupe entièrement.*

Il ne faudra donc plus considérer le corps et le col comme deux territoires complètement indépendants l'un de l'autre.

Aussi au point de vue de l'origine de la tumeur, trois éventualités sont possibles (A. Binet et Weisz):

1° *Ou bien le cancer a pris naissance au niveau du corps et s'est propagé au col;*

2° *ou bien le cancer est primitivement cervical, et a gagné secondairement le corps;*

3° *ou enfin, il y a deux ou plusieurs foyers primitifs de prolifération néoplasiques, les uns cervicaux, les autres corporéaux, qui, en s'étendant, se fusionnent.*

a) *Première éventualité* : CANCER NÉ AU NIVEAU DU CORPS ET PROPAGÉ AU COL.

La propagation du cancer primitivement localisé au corps, vers la région cervicale est plus fréquente qu'on le croirait.

On s'appuie, pour localiser le point de départ du néoplasme, sur l'examen de la pièce qui montre le fond utérin plus pris, le bourgeonnement et la nécrose plus accentués, le muscle à ce niveau plus envahi par rapport à l'atteinte du col.

Duval, sur une centaine d'observations de cancer de corps, en cite plusieurs qui s'infiltrèrent à travers l'isthme jusqu'en canal cervical (obs. IV).

La même opinion semble être soutenue par Lapeyre, Coll de Carrera et Fayot qui rapportent une observation de cancer total de l'utérus à point de départ corporel en se basant sur la nature histologique du néoplasme, épithélioma cylindrique, et sur le maximum d'infiltration au-dessus de l'isthme.

Dans l'observation personnelle de M. le Professeur A. Binet, les lésions présentaient leur maximum de gravité au voisinage du fond utérin. Et c'est là qu'on a placé le siège initial de la tumeur qui a gagné ensuite la totalité de la muqueuse (obs. I).

Emmanuel et Hitschmann présentent des observations où il s'agit de cancers cylindriques du corps ayant envahi le canal endocervical et le col, mais qui a subi par métaplasie une transformation en épithélium plat.

b) *Deuxième éventualité* : CANCER NÉ AU NIVEAU DU COL ET PROPAGÉ AU CORPS.

Le point de départ de l'envahissement total de la muqueuse utérine, peut-être aussi le canal cervical ou même le museau de tanche.

1° Si le cancer prend naissance dans le canal cervical, il s'agirait alors d'un épithélioma cylindrique.

Cette opinion a été défendue par Maunuof Heurlin qui rapporte trois cas de cancer total de l'utérus et discute leur origine probable dans le col (*Adénocarcinoma cervicis in corpus uteri propediens*) (obs. VII).

La propagation du cancer endocervical est probable, étant donné que l'infiltration est plus profonde du côté du col que du côté du corps, où seulement la muqueuse et une mince couche de tissu musculaire sous-jacente étaient prises.

Pendant des mois, le cancer se développe parfaitement abrité dans la cavité cervicale, laissant le col plus ou moins intact. Plus tard, quand l'extension des lésions a gagné d'un côté le corps utérin, et de l'autre côté la partie vaginale du col, soit en l'ulcérant dans la forme creusante, soit en produisant des végétations dans la forme bourgeonnante, alors seulement le cancer devient visible au fond du vagin (obs. II).

Il faut donc retenir la latence du début et l'évolution sournoise de cette forme de cancer.

De la cavité cervicale où le néoplasme est cantonné au début, il franchit secondairement l'isthme utérin pour gagner ensuite la muqueuse du corps. C'est cette éventualité qui est la plus fréquente, car elle a été notée par la majorité des auteurs.

Dans les observations de Cullen, d'Ellischer, de Po-

laillon, le cancer a occupé d'abord le canal cervical pour s'étendre à des degrés divers depuis le simple liseré isthmique, jusqu'à l'envahissement presque total.

Harteman (thèse Kaminer) présente deux cas de cancer, où on trouve au niveau de l'isthme une masse bourgeonnante qui, d'une part s'étend dans toute la cavité du col, et d'autre part remonte dans la cavité du corps qui est avoisinante à l'isthme. Il s'agissait d'un cancer cylindrique.

2° Les cas où le cancer prend naissance au niveau du museau de tanche pour s'étendre ensuite dans le canal cervical et la cavité utérine, sont plus rares.

Popovitch cite une observation de cancer total de l'utérus à type pavimenteux et dont le point de départ serait le museau de tanche (obs. V).

c) *Troisième éventualité* : DÉVELOPPEMENT SIMULTANÉ DE NOYAUX NÉOPLASIQUES PRIMITIVEMENT ISOLÉS.

Là encore, deux cas sont à envisager.

1° *Noyaux de structure différente*, suivant la localisation anatomique : épithélioma cylindrique sur le corps, pavimenteux sur le col, véritable *double cancer de l'utérus*. (Doppelter uterus carcinom des auteurs allemands) cités par Charrier, Eissenbrey, Pozzi.

Dans certains cas, il s'agirait d'une simple coïncidence de deux épithéliomas, l'un sur le fond de l'utérus, l'autre sur le col (Leclerc et Kuhn).

Durand et Lefort décrivent un cas personnel, où à l'examen de la pièce ils ont constaté deux foyers

néoplasiques à siège limité. La coexistence de ces deux foyers néoplasiques soulève la question de leur rapport. D'après eux il n'est pas possible d'établir si l'un est la conséquence de l'autre, ou s'ils ont évolué ensemble ou séparément. Cette dernière hypothèse leur semble plausible cependant, à la suite de l'examen des différentes coupes pratiquées dans la pièce opératoire. Il s'agissait d'une association d'épithélioma malpighien infiltrant du col, et d'un épithélioma cylindrique végétant du corps. Lorsqu'on se trouve en présence de deux épithéliomas de structure différente, il faut éliminer l'hypothèse d'une métastase ou d'une greffe, car dans les deux cas, l'image cyto-histologique est toujours identique à celle de la tumeur mère. Il s'agit d'une simple *coexistence*.

Nous ne parlons pas du développement simultané d'un épithélioma et d'une tumeur conjonctive bénigne ou maligne, comme cela a été vu par Rebb, dans un cas *d'adéno-fibromatose diffuse de la muqueuse utérine avec début de transformation carcinomateuse du col*, et par Médiano et Leroux dans un cas de *fibromyome intra-cervical et cancer du corps*.

Cotte cite le cas d'une coexistence de fibrome et de cancer utérin. D'après lui, au point de vue anatomique, la coexistence d'un néoplasme du cancer utérin avec le myome n'est pas exceptionnelle: *ce sont deux affections complètement indépendantes*.

Lorsque la même femme est porteuse d'épithéliomas de structure différente, il est donc à peu près certain que ces épithéliomas soient nés de deux centres néoplasiques indépendants. *Chacun évolue pour*

son propre compte jusqu'au moment où l'accroissement de ces tumeurs amène leur fusion (Abel).

Pourtant, en présence d'un cancer cylindrique du corps et d'un cancer pavimenteux du col n'ayant pas de tissu sain entre ces deux néoplasmes, nous ne devrions pas penser à une simple coexistence de deux cancers différents, et qui se sont ensuite fusionnés, mais conclure à l'ingénieuse hypothèse de Hoffmeier, qui admet *qu'un épithélioma cylindrique prenant naissance au niveau du corps et se propageant à travers l'isthme et la cavité cervicale, jusqu'au museau de tanche subit du fait de son contact avec le vagin, une sorte d'épidermisation atypique.*

2) Dans le deuxième cas, il s'agit de *noyaux de même structure*, et le plus souvent il s'agit des plages épithéliomateuses cylindriques.

De l'extension de l'épithélioma dans le cancer total de l'utérus.

On peut supposer que l'envahissement du cancer total de l'utérus se fasse par l'extension en surface. Dans presque toutes les observations, cette *extension par continuité* est signalée.

Mais quand il s'agit de deux plages éonplasiques de structure identique et séparées par de la muqueuse saine, on est obligé d'admettre la possibilité d'une *métastase* ou d'une *greffe*.

Pourtant l'idée de *métastase* par voie lymphatique n'est pas admise, car l'étude des lymphatiques de l'utérus, faite par Leveuf et Godard au moyen des

injections colorées a démontré *l'indépendance absolue des territoires lymphatiques du corps et du col*.

Si les piqûres faites au niveau du col colorent parfois le tiers supérieur du vagin, ils n'ont jamais pu, par des injections poussées au niveau du col, intéresser le corps et réciproquement.

Phannenstiel croit qu'à côté de métastases par la voie lymphatique, il y aurait lieu d'envisager la possibilité d'une *greffe directe*. Il cite le cas d'un gros foyer néoplasique cervical accompagné d'un second noyau néoplasique ulcère, plus petit, au voisinage immédiat du fond utérin sur la paroi postérieure du corps.

L'examen microscopique a montré un épithélioma pavimenteux typique, à évolution cornée, ceci, aussi bien au niveau du col qu'au niveau du corps. Etant donné la structure histologique de cette néoplasie, la grosseur du foyer cervical et la faible importance du noyau fundique, Phannenstiel conclut à un épithélioma primitif du col, ayant envahi par *saut* le corps.

La *greffe* se fait toujours de haut en bas. Les débris néoplasiques, détachés du foyer néoplasique ont pu se fixer sur la muqueuse, grâce à l'inflammation de celle-ci.

Rochet et Martin, au sujet d'une « Généralisation cervico-utérine d'une tumeur de l'ovaire », disent : Nous ne croyons pas qu'on puisse soulever une autre hypothèse, que celle de la greffe au niveau du col utérin d'un fragment de tumeur, ayant fait sa migration par la trompe et la cavité utérine, comme le fait normalement un ovule.

Si la greffe se fait en sens inverse, c'est-à-dire de bas en haut, le transport rétrograde des cellules peut être favorisé par un agent mécanique à la suite d'un curetage, introduction d'une sonde ou d'un hystéromètre. Mais ce qui rend cette greffe rétrograde possible, c'est surtout la *pyométrie* dans laquelle baignent en quelque sorte les particules néoplasiques toujours prêtes à se fixer sur la muqueuse utérine.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'*utérus*, dans son ensemble, est généralement augmenté de volume ; sa forme est globuleuse.

Dans certains cas rares (obs. V), l'*utérus* tout entier est réduit au volume d'un petit œuf. La rétraction du corps utérin est telle que le terme de *squirrhe* de l'*utérus* vient à l'esprit.

Il existe souvent à sa surface des bosselures qui traduisent la présence de noyaux néoplasiques inclus dans la paroi.

Coupé par sa face antérieure, il paraît complètement rempli par un bourgeonnement qui efface totalement la lumière. Les bourgeons exubérants remplissent en totalité le corps et le col, de telle sorte qu'il est impossible sur la pièce de marquer la limite entre ces deux portions.

Ce bourgeonnement forme le plus souvent des saillies mamelonnées, irrégulières de volume inégal, séparées par des anfractuosités. Les *bourgeons* sont de coloration pâle, souvent ils prennent, du fait de l'infiltration hémorragique, une coloration rouge. En certains points, ils sont en voie de nécrose, d'une coloration gris-verdâtre, et donnent à la tumeur les apparences d'une ulcération à fond sanieux.

Les parois de l'*utérus* sont très épaisses. La péné-

tration du cancer dans le muscle sous-jacent est le plus souvent plus accentuée dans la région du corps de l'utérus que du côté du col.

Toutefois, les parois ne semblent pas rongées comme on le voit souvent dans le cancer de l'isthme ou le cancer endocervical. Il en est de même dans la région cervicale de l'utérus, où le cancer ne présente pas le caractère térébrant que l'on observe parfois.

Nulle part, et dans aucune observation, nous n'avons remarqué la pénétration des anfractuosités qui séparent les bourgeons néoplasiques, jusqu'à la surface extérieure de l'utérus.

Le col n'est pas toujours modifié dans sa forme et dans son volume par la présence de bourgeons néoplasiques. Le plus souvent, il est élargi, induré, évasé en tromblon et très augmenté de volume.

Les annexes peuvent être saines (obs. II). Dans l'observation VIII, la trompe droite est envahie par le néoplasme. En général, il n'est pas toujours facile au seul examen de la pièce, de faire la part de l'ovaire et celle de la trompe dans l'envahissement néoplasique.

Le vagin est fréquemment pris. Dans certains cas (obs. II), des nodules interstitiels peuvent être perçus, saillant sous la muqueuse vaginale (Mihaïlovitch).

Au point de vue histologique, le cancer total de l'utérus est un épithélioma cylindrique, dans la majorité des cas. Il est exceptionnellement pavimenteux (obs. V).

Dans les formes cylindriques, les préparations histologiques montrent la muqueuse utérine disparue pour faire place à un bourgeonnement exubérant formé d'axes conjonctifs très grêles, supportant des cellules néoplasiques rangées très irrégulièrement (obs. II). A un plus fort grossissement le détail histologique montre dans toute l'étendue de la cavité utérine, aussi bien dans le corps de l'utérus que dans le col, des axes conjonctifs bourrés par place de petites cellules rondes, et recouvert d'un épithélioma extrêmement atypique. Sur les coupes on reconnaît vaguement l'aspect cylindrique des cellules. C'est une forme d'adéno-carcinome très atypique d'une grande malignité histologique.

Dans d'autres cas, l'examen histologique montre un épithélioma cylindrique atypique, tubulé, très infiltré dans la profondeur, sans stroma réaction. L'épithélioma est en effet constitué par des tubes très larges, ramifiés, fréquemment anastomosés ; dans les tubes, on voit plusieurs couches épithéliales.

Dans l'observation III, l'examen histologique relève la présence d'un épithélioma cylindrique typique. Il s'agirait d'une forme de transition entre l'adenomalin et l'adeno-carcinom des auteurs allemands.

Dans une seule observation, les coupes histologiques pratiquées depuis le vagin jusqu'au voisinage du fond utérin, montrent la paroi musculaire dissocinée par un épithélioma pavimenteux (obs. V).

ÉTUDE CLINIQUE

Cette forme particulière de cancer de l'utérus se rapporte à des femmes ayant dépassé la ménopause. Ce sont en général des femmes âgées, dont les accidents qui les amènent au cabinet du médecin se manifestent plusieurs années après l'arrêt des règles. La malade de l'observation II a vu ses règles réapparaître 8 ans après sa ménopause. Une autre (obs. III), 4 ans après. Une troisième (obs. VI), 8 ans après, et la malade de l'observation V, 16 ans après sa ménopause.

La lenteur de l'évolution, les signes subjectifs peu marqués, les décident difficilement à venir consulter un médecin à temps.

Certaines ne s'inquiètent que deux ans après la réapparition des règles (obs. II), d'autres 6 ans après (obs. VI) et même 7 ans après (obs. III).

D'autres plus prudentes viennent consulter le médecin dans les deux ou trois premiers mois qui succèdent aux premiers accidents (obs. I et II).

A) Symptômes fonctionnels.

6) L'HÉMORRAGIE. — Parmi les premiers symptômes signalés, l'hémorragie prend une place prépondérante. D'abord, *pertes sanguines* sans aucune distinc-

tion nette qui puisse les différencier des hémorragies survenant à la suite d'un cancer localisé au col ou au corps utérin.

Petit à petit, ces pertes deviennent de plus en plus abondantes, *fétides* (obs. II), sans aucune régularité dans leur date d'apparition ; aussi deviennent-elles plus rapprochées, survenant sous l'influence d'un effort et plus facilement à la suite d'un traumatisme général ou local. Dans l'observation III, les injections vaginales les provoquaient.

2) L'HYDRORRHÉE. — Elle alterne souvent avec les hémorragies, dans certains cas elle remplace ces hémorragies, et les malades (obs. II) ne se plaignent que des *pertes blanches* (claires comme de l'eau), qui augmentent d'abondance et surtout de fétidité.

3) LES DOULEURS. — Comme nous venons de le dire, elles peuvent devancer les hémorragies, constituant un symptôme initial, elles peuvent être tardives, parfois même, absentes.

Ce sont des douleurs vives, s'irradiant aux membres inférieurs et dans la région lombaire (obs. I et III), douleurs dans le bas-ventre, analogues à celles qui précèdent l'arrivée des règles (obs. III), tantôt dues aux contractions utérines provoquées par la tumeur, tantôt ne se manifestant que lorsque le paramètre est déjà envahi.

A côté de ces symptômes fonctionnels, caractéristiques du cancer de l'utérus, d'autres symptômes, tels que les troubles urinaires et digestifs ne se manifestent qu'à titre accessoire (obs. III).

B) Symptômes physiques.

1) LE CORPS UTÉRIN. — A l'examen clinique, on constate une augmentation du corps utérin. Au toucher rectal, le doigt tombe sur un utérus gros, dur, formant un bloc enclavé en arrière et bombant dans le rectum (obs. II).

Dans d'autres cas, si l'adiposité de la paroi abdominale n'est pas trop accentuée, on sent un utérus d'une consistance plutôt molle, qui fait songer à un utérus fibromateux avec dégénérescence (obs. VI).

2) LE COL UTÉRIN. — Du côté du col, les signes sont d'une interprétation parfois difficile.

La surface externe du museau de tanche est quelquefois intacte. Le plus souvent on trouve le col induré, élargi, *entr'ouvert* (obs. I et III).

La pulpe du doigt atteint des *bourgeons friables* qui débordent l'orifice externe du col et s'éversent dans le vagin en masquant le col lui-même (obs. II). Dans d'autres cas, il arrive qu'on perçoive à travers un vagin rétréci, une tumeur dure, faisant saillie considérable dans le vagin qu'elle obstrue complètement. A travers l'orifice externe du col, s'écoule le plus souvent un liquide blanchâtre et sanglant extrêmement fade et fétide.

Quoique l'examen au spéculum reste une manœuvre superflue, nous croyons qu'il est utile de le faire. Il montre et souligne l'intégrité de la partie externe du col (obs. IV), décèle parfois un petit polype qui aurait échappé au doigt, et met sous les yeux de l'ob-

servateur non seulement cet écoulement continu, gommeux, purulent et hémorragique qui s'écoule en bavant par l'orifice cervical, mais peut dans certains cas, déceler des greffes vaginales, signes d'un cancer de la cavité utérine (Hervé).

L'ÉTAT DU PARAMÈTRE est variable, tantôt œdédié, tantôt blindé (obs. VI), au point de rendre la mobilisation utérine impossible. Le plus souvent, il est libre (obs. V et obs. IX).

C) L'état général.

Le retentissement sur l'état général n'est pas toujours très intense au moment où les malades entrent à l'hôpital.

Le plus souvent, l'évolution de la lésion est apyrétique.

DIAGNOSTIC

« Après la ménopause, l'apparition d'hémorragies utérines persistantes, doit suffire pour permettre de porter le diagnostic de néoplasme utérin, les chances d'erreur sont infimes. » (Duval, 1928.) C'est au médecin, après, de localiser la lésion.

Toute femme, surtout après 35 ans, qui présente des pertes de quelque nature qu'elles soient (irrégularité, augmentation des règles, pertes de sang en dehors des règles, pendant le coït, écoulement sanguin ou aqueux même non fétide, car la fétidité est un symptôme de lésion avancée), doit connaître l'importance possible de ce symptôme et se faire examiner avec soin. Il n'y a pas normalement d'écoulement leucorrhéique ou sanguin après la ménopause. Sauf les cas de leucorrhée apparaissant avant ou après les règles, toute leucorrhée persistante est pathologique. Quant aux hémorragies, il faut mentionner que certaines lésions inflammatoires banales du col ou du corps (métrite, polype, syphilis) peuvent saigner à l'occasion d'un traumatisme ou spontanément. Mais c'est exceptionnell (Scharjowicz).

Le diagnostic clinique du cancer total de l'utérus présente de grosses difficultés.

Le médecin doit procéder à un examen complet de

l'appareil génital de la malade. Il doit non seulement examiner la portion vaginale du col, mais en écartant les lèvres, explorer la cavité cervicale, remonter jusqu'à l'isthme utérin, lieu de sélection pour la lésion primitive, et ensuite par le palper bimanuel, sentir un utérus augmenté de volume (obs. II et III), globuleux, sensible à la palpation (Lance).

Les signes fonctionnels sont caractéristiques du cancer utérin ; mais, à vrai dire, sans grande valeur de localisation, puisque les mêmes symptômes peuvent exister dans le cancer du corps, ou dans le cancer du col compliqué de pyométrie.

Dans le cas de col infiltré, dur, si l'examen montre une ulcération, ou simplement une induration qui présente des caractères néoplasiques, le diagnostic d'abord pour le cancer du col s'impose. On ne devra pas perdre de temps à observer la malade, mais immédiatement pratiquer une biopsie de la lésion. Quand, à côté de cette lésion les hémorragies, la pyométrie, l'augmentation du volume de l'utérus, sa sensibilité, font penser à un cancer du corps, il est fréquemment possible d'obtenir sans endormir la malade, avec une curette mousse, assez de fragments pour qu'un examen histologique soit possible pour dépister un néoplasme du corps.

N'oublions pas de mentionner que ce curetage explorateur peut exposer non seulement à l'infection, mais peut produire aussi des perforations utérines, car l'utérus cancéreux est facilement perforable (Faure).

Et lorsque nous nous trouverons en présence de

deux épithéliomas de même structure histologique, c'est alors que nous poserons le diagnostic probable de cancer total de l'utérus, sans exclure les cas de coexistence d'un épithélioma cylindrique du corps et pavimenteux du col, que nous rangerons plutôt dans la catégorie des *cancers doubles*.

Les seuls signes physiques qui permettent de soupçonner la lésion, sont :

1) *L'augmentation massive de l'utérus (corps et col)*;

2) *L'induration du col*, entr'ouvert, et à travers lequel peuvent être perçus des bourgeons néoplasiques.

Il s'agit encore de différencier les cas de cancer endo-cervical compliqué de *pyométrie*, et le cancer total de l'utérus.

En effet, au palper, lorsque le doigt a atteint le col, on a l'impression immédiate d'un cancer intracervical, mais, dès que l'on a perçu le volume de l'utérus, on se demande s'il s'agit d'une *pyométrie compliquant un cancer endocervical*, ou d'un *néoplasme du corps*.

La longue durée de l'évolution avant l'examen est en faveur du cancer du corps, l'augmentation du volume et la dureté du col sont en faveur du diagnostic endocavitaire.

La consistance du corps un peu moins molle que celle de la pyométrie, la fétidité plus grande des pertes, l'alternance des hémorragies et des hydroporrhées, les douleurs vives en général, pourront dans le doute

conduire le médecin vers le diagnostic du cancer total.

C'est seulement l'intervention chirurgicale qui pourra confirmer le diagnostic.

Au cours de l'hystérectomie, on est souvent frappé par *la friabilité du corps utérin*, par une infiltration œdémateuse des ligaments larges et par une consistance spéciale d'un utérus mou, qui semble devoir *décapiter* à la moindre traction. Les tissus cèdent, la décapitation se fait souvent au niveau de l'isthme.

La *pyométrie* qui complique le cancer total, rend l'intervention difficile. Une fois la pièce enlevée, on voit l'utérus de volume augmenté, de forme globuleuse.

A l'ouverture de la cavité utérine, la lésion est caractéristique, l'utérus paraît complètement rempli d'une prolifération néoplasique, couvrant toute l'étendue de la muqueuse, corps et col, jusqu'à l'orifice externe, et parfois le débordant.

PRONOSTIC

Il est difficile de préjuger de l'évolution du cancer total de l'utérus d'après nos observations qui portent sur des malades opérées et qui n'indiquent pas la durée totale de la maladie.

Il s'agit assez souvent d'un cancer à évolution relativement lente, comme celui du corps.

La malade de l'observation II n'est venue consulter le médecin que deux ans après les premiers accidents ; une autre s'est présentée 6 ans après (obs. VI) et celle de l'obs. III ne s'est décidée à consulter le médecin que sept ans après les premières manifestations caractéristiques.

Le pronostic dépend surtout de la précocité du traitement. Le cancer total de l'utérus peut donner lieu à des complications, comme les *hydro* et *pyosalpinx* ; mais surtout il a tendance à envahir les organes de voisinage. Les ganglions lymphatiques, tributaires du corps et du col, sont souvent, eux aussi, envahis.

TRAITEMENT

Monsieur le Professeur Tixier écrit : « Il n'y en a qu'un : il faut faire l'hystérectomie totale. »

Un principe général guide toute la technique opératoire : « Il faut aller vite et manœuvrer doucement. »

L'utérus est friable et infecté. Il faut éviter de le déchirer, et opérer en vase clos (obs. I), avec le minimum de malaxations utérines.

L'anesthésie générale à l'éther est habituelle, mais la rachi-anesthésie est employée très volontiers.

Dans presque tous nos cas, la laparatomie médiane sous ombilicale a été pratiquée fréquemment, l'incision de Pfannenstiel a été employée deux fois (obs. II et VI) et la voie génitale n'a été indiquée qu'une fois (obs. V).

L'hystérectomie abdominale, moyennant certaines précautions, est le plus souvent facile. Mais, comme le diagnostic clinique ne peut être fait dans la majorité des cas, non seulement avant l'intervention, mais au moment même de l'intervention, il serait prudent de traiter le cancer total de l'utérus comme un cancer endocervical avec pyométrie, d'envisager la lésion la plus grave et de pratiquer *l'hystérectomie totale et élargie*.

Il est indispensable de manœuvrer très délicate-

ment. Dans un premier geste, ligaturer les trompes pour éviter, par l'orifice de section, un reflux possible. Pas d'hystérolabe, pas de tire-bouchon, pas de pinces de Museux sur les cornes utérines, mais fixer l'utérus par deux pinces ou deux ligatures sur les ligaments ronds près de leur insertion utérine.

Prendre dans une même pince et une même ligature le ligament infundibulo-pelvin, et le ligament rond de chaque côté, de manière à ouvrir aussi peu que possible le tissu cellulaire sous-péritonéal, et ainsi à diminuer d'autant ses risques de contamination. Ce détail opératoire facilite enfin et raccourcit le temps ultérieur de la péritonisation basse.

Prendre des précautions de protection dans le temps de la section du vagin, car, malgré tout, les manœuvres de traction ont pu exprimer, à travers le col, des produits septiques, et des débris sphacelés. En principe, devant une opération sans incident, comme c'est le cas d'habitude, on fait la péritonisation basse (obs. II et IV) sur une petite mèche vaginale (obs. I), à la rigueur sur un petit Mickuliez vaginal. Fermeture totale à trois plans (obs. IV) sur un drain sous-cutané.

La *curiethérapie* du cancer total de l'utérus n'est pas employée souvent.

Dans l'observation V, en raison du mauvais état général de la malade, on institue un traitement au radium et on renonce à l'opération. On fait une application de 100 mmgr. de Radium. La malade est complètement transformée, les hémorragies cessent, mais accalmie trompeuse car cinq mois après, les

pertes réapparaissent, cette fois extrêmement abondantes. On décide une intervention qui réussit, et la malade revue 6 mois après, a un état général parfait.

Dans l'observation IV, l'application de radium a été faite un an après l'intervention, à la suite des métastases vulvo-vaginales.

Duval, en analysant les résultats de la curiethérapie appliquée à des malades traitées uniquement par le radium, conclut que dans aucun cas on ne peut affirmer la guérison. En plus, et c'est peut-être le plus grand reproche que l'on puisse faire à la curiethérapie, presque toutes les malades traitées par le radium, et secondairement opérées ont récidivé dans les mois qui ont suivi l'intervention.

En général, la nature histologique de l'épithélioma, cylindrique dans la majorité des cas, est une contre-indication à la curiethérapie, à cause de sa radio résistance, et dans les cas rares d'envahissement total de la muqueuse utérine par un épithélioma pavimenteux, la coexistence si fréquente de la pyométrie est aussi une contre-indication au traitement par le Radium.

Le Professeur Tixier rejette systématiquement le radium, non seulement dans ces formes de cancers étendus, mais aussi dans les cancers nettement limités au corps.

Nous ne disons pas que l'hystérectomie abdominale totale soit sans danger ; les femmes sont âgées, et la lésion en elle-même est très grave, mais nous affirmons qu'en l'état actuel des choses, elle s'impose, et qu'il faut opérer coûte que coûte.

En face d'impossibilités évidentes, cette intervention cédera le pas à la laparatomie exploratrice ou à des résections partielles (obs. VI) ; l'étendue extrême du mal excusera la retraite.

Tisserand a vu la disparition des douleurs dans un cas de cancer utérin inopérable, après une sympathectomie péri-artérielle hypogastrique.

Les résultats de l'hystérectomie abdominale totale se rapprocheront de la perfection, à mesure que le diagnostic du cancer total de l'utérus sera plus précoce.

CONCLUSIONS

1) A côté des deux variétés classiques de cancer de l'utérus localisé, soit au col soit au corps, il en existe une troisième qui mérite par ces caractères le nom de « cancer total de l'utérus ».

2) Le cancer total de l'utérus est d'observation rare.

3) Toutes nos observations ont trait à des femmes âgées ayant dépassé la ménopause.

4) Il peut survenir rarement chez les vierges âgées, mais reste néanmoins infiniment plus fréquent chez les femmes ayant eu des enfants.

5) Cette variété d'épithélioma envahit la muqueuse entière de cet organe jusqu'à l'orifice externe en s'infiltrant profondément dans les couches musculaires.

6) Le diagnostic clinique, avant l'intervention chirurgicale, est rare. Le cancer total de l'utérus sera confondu, soit avec le cancer du col, soit, plus souvent encore, avec celui du corps. Le signe du col induré à l'orifice externe dilatable, à travers duquel débordent des bourgeons friables, permettra de soupçonner le diagnostic.

7) Au point de vue histologique, le cancer total de l'utérus est un épithélioma cylindrique, dans la majorité des cas. Il est exceptionnellement pavimenteux.

8) L'hystérectomie totale élargie est le traitement de choix.

9) La curiethérapie est rarement indiquée, car le radium a peu d'action sur l'épithélium cylindrique et même dans la variété assez rare d'épithélioma pavimenteux, la coexistence si fréquente de la pyométrie est une contre-indication au traitement par le radium.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Clinique de Monsieur le Professeur Binet

Madame P..., cultivatrice, âgée de 55 ans, entre le 18 février 1933 à la Clinique de Gynécologie de Nancy, pour pertes abondantes et fétides.

Antécédents personnels : Aucune maladie antérieure. Réglée à 14 ans : règles régulières, d'une durée de quatre à cinq jours, abondantes et indolores. A eu une grossesse en 1896. Pas de fausse couche. Ménopause à 53 ans.

Début de la maladie actuelle : Depuis deux mois, la malade présente une leucorrhée extrêmement fétide, abondante, teintée de sang et mêlée à des débris sphacéliques.

Examen gynécologique : Col dur, légèrement entr'ouvert. Corps difficile à sentir en raison de l'adiposité de la paroi, semble augmenté de volume. Vagin légèrement rétréci.

Etat général : La malade très adipeuse n'a subi aucun amaigrissement. Le teint est pâle. Les appareils respiratoires et circulatoires sont normaux. Urée sanguine = 0,41. Pas d'albumine.

Diagnostic clinique : Néoplasme du corps utérin. Opération le 13 mars 1933. Opérateur : Monsieur le Professeur agrégé A. Binet.

Laparatomie médiane sous-ombilicale. L'utérus apparaît fortement congestionné et augmenté de volume. Les

annexes sont saines. Hystérectomie abdominale totale en vase clos. Mais, au moment où on sectionne le vagin entre deux pinces, la pince supérieure se desserre légèrement, et il s'écoule un liquide extrêmement fétide dans le bassin. La protection des anses intestinales est heureusement très bien assurée par les champs opératoires. On draine par le vagin au moyen d'un gros drain et de deux mèches, et de plus, on place dans le Douglas un Mickulicz sortant par la partie déclive de l'incision abdominale et contenant un gros drain et des compresses. A noter la friabilité très grande du tissu utérin.

Les suites opératoires ont été incidentées par une suppuration abondante de la plaie opératoire. La malade a même présenté une collection purulente dans l'excavation pelvienne, qui s'est évacuée spontanément par le vagin, sous forme d'un pus franchement vert et extrêmement fétide.

A partir du 8 avril, la cicatrisation s'est effectuée régulièrement, et la malade a pu quitter la clinique en bon état.

Examen de la pièce : L'utérus est augmenté de volume. A sa surface existent des bosselures qui traduisent la présence de noyaux néoplasiques inclus dans la paroi.

A l'ouverture de la cavité utérine s'écoule encore un peu de liquide purulent très fétide.

Les bourgeons cancéreux occupent toute l'étendue de la muqueuse utérine, aussi bien le fond que le col. La paroi utérine est très épaisse et mamelonnée. Le muscle infiltré par le néoplasme est de coloration grisâtre. La limite entre le col et le corps utérin a disparu.

Au niveau du fond utérin, le bourgeonnement et la névrose sont plus accentués que partout ailleurs, l'envahissement du muscle est plus intense dans la paroi du corps que dans celle du col.

Examen microscopique : Cet examen pratiqué par Monsieur le Professeur Hoche, a donné le résultat sui-

vant : « épithélioma cylindrique atypique tubulé, très infiltré dans la profondeur, sans stroma réaction ».

L'épithélioma est, en effet constitué par des tubes très larges, ramifiés, fréquemment anastomosés ; dans les tubes on voit plusieurs couches épithéliales superposées. Les couches les plus profondes sont constituées par des cellules cylindriques plus ou moins typiques ; celles du centre, par des cellules de forme irrégulière et polymorphes.

OBSERVATION N° 2

Thèse Delarbre, Lyon, 1923, page 11

Madame X..., âgée de 57 ans. Entrée le 12 février 1923 pour des pertes.

Antécédents héréditaires : Mère morte à 73 ans d'une pleurésie. Père 86 ans, en bonne santé. Deux sœurs bien portantes.

Antécédents personnels : Rougeole dans l'enfance. Régée à 13 ans. Règles très régulières, tant par leur apparition que par leur abondance et leur durée. Mariée à 23 ans. Mari mort d'ictus apoplectique. Deux enfants ; pas de fausse couche. Jamais malade jusqu'à 47 ans. A 53 ans, épanchement de synovie dans le genou droit.

Début clinique : Remonte à peu près à deux ans : réapparition des règles. Pertes rouges assez abondantes, fétides, toutes les 3 semaines. Dans leur intervalle, pertes blanches (la malade dit qu'elle perdait de l'eau). Deux médecins consultés lui dirent que ce n'était rien et instituent un traitement médicamenteux, et cela pendant dix mois.

Il y a un an... Les pertes deviennent continuelles : pertes rouges et pertes blanches se succèdent sans interruption. En même temps la malade ressentait de vives douleurs dans le bas-ventre, s'irradiant à la région lom-

baire, et dans les membres inférieurs : douleurs discontinues présentant des paroxysmes.

Il y a quatre mois... Pertes moins abondantes, les douleurs sont moins vives mais pertes rouges fétides qui amènent la malade à consulter M. le Professeur Tixier.

12 février 1923 : Entre à l'Hôtel-Dieu. Amaigrissement. Pas de signes d'anémie marquée. Pas de constipation. Légère pollakiurie depuis quelque temps.

Examen gynécologique : 13 février 1923 :

Utérus gros, dur. Bloc solide enclavé en arrière sous le promontoire, bombant dans le rectum.

Col dur entr'ouvert : la pulpe des doigts perçoit des bourgeons intra-cavitaires. Ecoulement blanchâtre et sanglant, extrêmement fade et fétide. On perçoit très nettement un nodule de propagation sous-urétral, du volume d'un haricot, arrondi, élastique, circonscrit.

Etat général : Malade pâle. Noevis disséminés sur la paroi abdominale.

Diagnostic clinique : Néoplasme du corps utérin avec fonds utérin en rétroposition, lourd et mou.

17 février 1923 : Intervention : Pfannenstiell : Hystérectomie totale rendue difficile uniquement par le fait que l'utérus mou semble devoir se décapiter à la moindre traction. Néoplasme diffus de toute la cavité utérine, ayant envahi la portion cervicale de l'utérus. Paroi utérine très amincie. Hémostase difficile du côté des veines utérines droites. Mèche à l'ordinaire. Péritonéisation basse. Fermeture totale sans drainage.

Suites opératoires : Les suites immédiates sont bonnes. La malade urine. La température qui a atteint 38°4, le lendemain soir 18, est redescendue progressivement à 37°9 le 20 au soir. Ablation de la mèche le 20.

21 février : Purge. Température 28°2. Pouls 110.

La température continue à s'élever et atteint 38°5 le 23. Le pouls reste rapide. Légère suppuration de la paroi. On ne note aucun symptôme du côté des membres

inférieurs. Pas de douleur dans le mollet, quand le 24 au soir, s'installe insidieusement un œdème de tout le membre inférieur gauche.

26 février : L'état s'aggrave.

27 février : T° 38°9, pouls 110. La malade est oppressée, sans avoir eu des points de côté ni de crachats hémoptoïques. Les extrémités sont froides. Rétention d'urine et constipation. Nausées. Injections sous-cutanées de strychnine et 300 cm. de sérum. Infusion de poudre de feuilles de digitale. Sondage.

1^{er} mars 1923 : Décès.

Examen de la pièce : L'utérus est de volume augmenté, mais pas très considérable, sa forme est globuleuse. Coupé par sa face antérieure, l'utérus paraît complètement rempli par un bourgeonnement qui a effacé totalement la lumière. Les bourgeons exubérants remplissent en totalité le corps et le col, de telle sorte qu'il est impossible sur la pièce de marquer une limite entre ces deux portions. Dans la région du fond les bourgeons sont particulièrement exubérants, volumineux, amassés sur la muqueuse, qui, en un point très limité de sa partie droite est couverte plutôt qu'envahie par le néoplasme. Quelques millimètres seulement du col sont encore respectés. Ils répondent à la partie de l'insertion vaginale du col. Le col est relativement étroit et non évasé en tromblon. Les bourgeons qui l'occupent ont pris une apparence villeuse et descendent comme des franges à travers le col entr'ouvert. La partie superficielle des bourgeons les plus haut situés, est couverte d'un exudat puriforme, beaucoup sont en voie de nécrose ou envahis par une infiltration hémorragique.

Les parois de l'utérus ne sont pas épaissies. Elles ne semblent pas non plus très amincies, comme il avait paru au cours de l'opération : Dans l'ensemble, le muscle paraît peu infiltré par le néoplasme, qui au simple as-

pect microscopique, semble relativement limité du muscle sous-jacent. Sauf en certaines parties du corps où la pénétration semble plus nette, nulle part il n'y a d'infiltration proprement dite dans le muscle qui n'est pas rongé comme dans les cancers intracairitaires du col, ou les cancers de l'isthme, et le muscle, une fois l'utérus coupé, s'évase et étale la tumeur comme si le corps utérin avait conservé sa souplesse normale. On dirait d'après le simple aspect microscopique qu'il s'agit d'un cancer total de la muqueuse utérine et relativement limité à la muqueuse.

Etat des annexes : Des deux côtés, les annexes sont saines. Les trompes sont ouvertes : grosse hydatite du côté gauche. Les ovaires sont petits.

Détail histologique : Une préparation prélevée au seul point où il paraissait exister encore un peu de muqueuse normale au niveau de l'une des faces du corps utérin, montre de façon très nette le lieu de passage entre la muqueuse saine et la tumeur éversée qui la recouvre partiellement. Le muscle paraît sain, seulement bourré de cellules inflammatoires et très vascularisé. On remarque à droite une muqueuse absolument saine, couverte d'un épithélium typique. Au-dessous d'elle, des glandes également typiques logées au milieu de cellules inflammatoires. La muqueuse est renversée sur elle-même par l'exubérance de la tumeur qui s'évase et cache en partie la muqueuse saine. L'aspect varie alors du tout au tout : une tumeur végétante semble l'implanter à la surface du muscle non envahi en ce point particulier de la préparation. La muqueuse a disparu pour faire place à un bourgeonnement exubérant formé d'axes conjonctifs très grêles, supportant des cellules néoplasiques rangées très irrégulièrement.

A un plus fort grossissement, le détail histologique apparaît : un axe conjonctif bourré par place de petites cellules rondes, et recouvert d'un épithélium extrême-

ment atypique. On reconnaît vaguement l'aspect cylindrique des cellules qui le tapissent immédiatement. Mais les assises superposées de cellules, celles-ci très atypiques, se superposent à la première rangée, et viennent remplir les espaces restés libres entre les axes conjonctifs. Il s'agit d'un adéno-carcinome très atypique, d'une grande malignité histologique.

OBSERVATION N° 3

Thèse Delarbre, Lyon, 1923, page 17. Résumé

Mme X..., âgée de 66 ans, entre pour pertes et douleurs.

Antécédents héréditaires : Parents morts d'affection inconnue. Une mère morte à 32 ans, probablement de cancer utérin.

Antécédents personnels : Rougeole dans l'enfance. Réglée à 12 ans. Règles régulières, mais souvent très douloureuses. Mariée à 34 ans. A eu une grossesse, accouchement prématuré à 6 mois : enfant bien constitué qui est mort. Ménopause à 55 ans. Pendant 4 ans, plus aucune perte.

Début clinique : A 59 ans, en 1914, la malade commence à perdre, peu à la fois, mais souvent ; puis, les hémorragies se rapprochent, deviennent de plus en plus abondantes, sans aucune régularité, dit la malade. Les injections vaginales les provoquent. Cet état persiste jusqu'en février 1920.

Février 1920 : A cette époque, abondante hémorragie ; depuis, elles se répètent et se succèdent tous les 6 à 8 jours.

18 novembre 1920 : Les douleurs apparaissent : douleurs intenses, à caractère expulsif ; la malade dit qu'il lui semble qu'elle va accoucher : douleurs presque constantes, surtout intenses la nuit. Irradiations aux lombes. La malade dit avoir un peu maigri. Mictions fréquentes (4 ou 5 fois la nuit) ; parfois, incontinence d'urine.

25 novembre 1921 : A l'entrée : malade grasse, paraissant en assez bon état général ; le teint est coloré ; T° 37°8, pouls 88. On note dès le début que les pertes sont très abondantes, rosées, nauséabondes.

28 novembre 1921 : La T° atteint 38° tous les soirs.

Examen gynécologique : Au toucher vaginal : col très augmenté de volume dans son ensemble, très dur ; l'orifice est entr'ouvert, et le doigt sent saillir par cet orifice des bourgeons fermes et friables, dont on ramène des fragments. L'utérus tout entier est gros : on le délimite mal à cause de l'adiposité de la paroi ; il est peu mobile ; les culs-de-sac sont œdémateux. Au toucher rectal, rien de spécial.

Diagnostic clinique : Néoplasme du corps utérin, avec bourgeons intracervicaux expulsés. Aucun signe de généralisation péritonéale.

5 décembre : Intervention. Malgré l'âge, 66 ans, hystérectomie abdominale totale. Il faut aller vite. Friabilité extrême des tissus, infiltration œdémateuse des ligaments larges.

8 mai 1922 : La malade sort guérie.

29 mai 1933 : Elle va bien.

Examen de la pièce : L'utérus est volumineux, globuleux, avec un col très large, évasé en tromblon. Ouvert par sa face antérieure, on voit la cavité entière de l'utérus, col et corps, complètement envahie par le néoplasme.

Seule, une toute petite partie du col, de forme triangulaire, semble respectée par les bourgeons néoplasiques ; elle présente cependant un aspect granité dû à des granulations très fines, de consistance dure, légèrement saillantes... L'isthme lui-même, est occupé par un bourgeonnement exubérant, saillant dans la cavité. Dans la cavité cervicale, les bourgeons sont atteints de nécrose, couverts d'exudats hémorragiques qui en modifient l'aspect.

Les parois de l'utérus sont très épaisses. Au niveau du corps, le muscle semble hypertrophié, on y remarque un petit nodule fibreux et la pénétration du cancer dans le muscle sous-jacent n'est pas aussi évidente que plus bas ; au niveau de l'isthme, les bourgeons pénètrent bien davantage dans la musculature, mais la limite entre le cancer et le tissu musculaire n'apparaît pas nettement tranchée. Les parois, en tout cas, ne semblent pas rongées, comme on le voit souvent dans le cancer de l'isthme ou le cancer endocervical. Il en est de même dans la région cervicale de l'utérus où le cancer ne présente pas le caractère ténébrant que l'on observe parfois. Nulle part, les anfractuosités, qui séparent les bourgeons néoplasiques, n'atteignent, par leur pénétration la surface extérieure de l'utérus.

Etat des annexes : A droite, l'ovaire est absolument sain, la trompe est fermée. A gauche : les annexes ont été partiellement déchirées au cours de la libération, et il est difficile de dire de façon précise si le néoplasme est exclusivement tubaire ou ovarien.

Examen histologique : Il s'agit d'un épithéliome cylindrique. L'aspect de la préparation est de prime abord celui d'un adénome malin. En des points assez nombreux, on constate à un plus fort grossissement, que l'épithélium de recouvrement est en réalité formé de plusieurs assises : l'une profonde a conservé son aspect cylindrique à peu près normal, les couches superficielles sont au contraire polymorphes, prolongeant sous forme de végétations l'épithélium de surface. Il s'agit d'un adénome malin typique par places, présentant en certains points un aspect et une ordonnance très atypiques. C'est une forme de transition entre l'adénome malin et l'adénome carcinome. Donc, une forme, si l'on peut dire, histologiquement peu atypique, et partant, d'un pronostic histologiquement peu atypique, et partant, d'un pronostic histologique relativement peu malin.

OBSERVATION N° 4

Thèse François Duval. Paris, 1928.

Obs. 42. Cancer total de la muqueuse utérine avec pyométrie

Mme C..., 57 ans, ménopause à 50 ans, pas de passé génital ; un enfant. Entre au n° 62 de la salle Huguier, le 2 mars 1923.

Depuis 2 ans elle a des métrorragies abondantes, depuis 3 mois, des douleurs vives dans le bas-ventre.

Examen : Le col est arrondi, volumineux, irrégulier. Cette augmentation de volume porte surtout sur la lèvre antérieure qui semble distendue par un noyau arrondi de consistance ferme, donnant l'impression d'un fibrome. Le corps est lui-même augmenté de volume. Au spéculum, l'orifice utérin apparaît punctiforme, difficile à cathétériser. L'orifice dilaté, il en sort du sang et du pus en abondance. Il semble que l'on se trouve en présence d'un utérus fibromateux, dont le col est distendu par un noyau fibromateux qui rend difficile l'écoulement des sécrétions utérines, d'où hématométrie et pyométrie.

L'état général n'est pas très bon, la malade est fatiguée et anémiée.

Opération : Le 6 mars 1923. Prof. J.-L. Faure.

On trouve un utérus volumineux, de consistance néoplasique avec les taches cancéreuses sur le cul-de-sac vésico-utérin, fibrome pédiculé, inséré sur le fond utérin, deux gros hydrosalpinx non adhérents.

Ablation des annexes, hystérectomie totale, péritonisation complète vesigo-sigmoïdienne, drainage vaginal ; fermeture de la paroi abdominale en 3 plans.

Pièce opératoire : Outre les deux hydrosalpinx et le fibrome, on trouve un cancer du corps ayant envahi le col.

Examen histologique : N° 1.030 (Champy), cancer tubulé du corps.

Suites opératoires : Très bonnes ; hématome de la paroi ; la malade peut sortir le 14 avril 1923.

Le 19 mars 1924 : A l'examen, la cicatrice, le fond du vagin sont souples, normaux, mais on sent à l'entrée du vagin des masses dures, métastases vulvo-vaginales ; elles sont au nombre de 3, l'une siège à la partie inférieure de l'urètre, l'autre sur la partie gauche du vagin, la 3^e, à la partie inférieure de la vulve

Le 28 mars 1924 : Première application de radium, 30 m. ; c'est-à-dire en 4 jours.

5 juin : Amélioration très nette, les noyaux métastatiques sont encore perceptibles, le noyau gauche a disparu, l'antérieur a considérablement diminué, le postérieur est stationnaire.

OBSERVATION N° 5

Thèse Popovitch, Lyon, 1927

Cancer total de l'utérus à type pavimenteux

Mme G..., 61 ans, entrée le 5 juillet 1926, dans le service du Docteur Molin, alors suppléé par le Prof. agrégé P. Bonnet, vient pour métrorragie. Réglée normalement. 3 accouchements normaux. Ménopause à 45 ans.

Il y a 3 mois, brusquement, la malade a eu une métrorragie qui a duré 3 jours. Il y a 15 jours, nouvelle métrorragie, plus abondante. La malade portait, depuis 1 an, un pessaire qui a été enlevé il y a 4 mois. Malade très pâle, teint terreux. Elle se plaint de céphalée intense.

Au toucher : Le vagin est rétracté, les culs-de-sac effacés, ce qui conduit sur le col au fond d'un entonnoir. On perçoit l'orifice du col, irrégulier, occupé par un bourgeonnement friable. Le fond n'est pas perçu. L'utérus est relativement mobilisable, malgré une légère ré-

traction du paramètre à gauche. Le vagin paraît envahi. On perçoit en arrière de l'ulcération du col une petite ulcération vaginale.

Pourtant le cancer paraît anatomiquement très opérable. Mais en raison du mauvais état général (teint jaune, terreux, très pâle, noevi de la paroi abdominale), qui contraste avec les signes locaux, on renonce à l'opération.

Le 23 juillet : Application de Radium 100 mmgr.) La malade fut complètement transformée par l'application de radium. Les hémorragies cessèrent, et le teint se colora.

Vers début de novembre, les pertes ont reparu, cette fois extrêmement abondantes, et les forces ont décliné à nouveau. La malade entre dans la Clinique du Professeur Tixier.

A l'examen, on parvient difficilement à repérer le col, le vagin étant rétracté, rétréci, infiltré et semé à gauche surtout, de bourgeons néoplasiques qui saignent au contact. Le corps utérin est encore mobilisable. Au toucher rectal, on perçoit une masse irrégulière, dure, saillante dans le rectum, et dont on ne peut déterminer les limites. Cette masse paraît être le tromblon du col.

Après quelques hésitations, à cause surtout de l'envahissement du vagin, on se décide à pratiquer une hystérectomie vaginale, par le procédé à fente perméable de Schuchard Schauta...

Il s'agit d'une forme de cancer très étendue au vagin, par contre, le paramètre est peu infiltré.

On ouvre le cul-de-sac péritonéal préutérin, et on est tout étonné, alors que l'on avait jusqu'alors fait le tour de ce que l'on croyait être le tromblon du col, de s'apercevoir que c'est le fond utérin. Un doigt en crochet le ramène à travers la brèche péritonéale. C'est un fond tout petit, du volume d'un œuf de pigeon.

Suites opératoires simples.

La malade est revue en février et en avril 1927, avec

un état général parfait. Au périnée, une dépression minuscule marque l'emplacement du vagin.

La pièce enlevée, utérus et vagin, forment un ensemble tout petit, car l'utérus tout entier est réduit au volume d'un petit œuf.

Le vagin ouvert en avant montre : Le fond utérin tout entier est occupé par une masse arrondie, du volume d'un marron d'Inde, finement granuleuse qui ne ressemble à rien de ce que l'on a l'habitude de voir. C'est un moignon complètement infiltré par le cancer, au point que le muscle est méconnaissable. Les limites de l'utérus et du vagin ne peuvent être délimitées. La tumeur du fond, globuleuse, bombe dans la cavité vaginale en s'évasant, créant ainsi un sillon étroit, qui ne rappelle que de loin un cul-de-sac vaginal.

Au-dessus de la tumeur, la paroi de ce qui paraît être le vagin, mais qui pourrait tout aussi bien être ce qui reste du muscle utérin au niveau d'un col disparu, est semée de fines granulations néoplasiques. L'ensemble de la pièce est telle que le terme de *squirrhe de l'utérus* vient à l'esprit pour traduire cet aspect de rétraction du corps utérin. La pièce ne ressemble en rien à un cancer ordinaire du corps.

Examen histologique : On prélève pour l'examen, toute l'épaisseur de la paroi comprenant en même temps une partie de la paroi vaginale et toute l'épaisseur de la tumeur jusqu'au voisinage du fond ;

On voit :

A la partie inférieure de la coupe, la paroi vaginale pourvue de son revêtement pavimenteux, altéré par l'inflammation à la partie inférieure.

Plus haut, un nodule vaginal d'épithélioma pavimenteux. On reconnaît encore, au-dessus de ce nodule, le sillon qui marque l'emplacement du cul-de-sac vaginal.

Ce qui reste du col est méconnaissable. La très courte portion vaginale qui reste non envahie par le cancer a

perdu son revêtement et montre une infiltration par des nombreuses cellules inflammatoires.

Plus haut enfin, on voit la paroi musculaire du corps dissociée par un épithélioma pavimenteux, qui se retrouve partout dans le corps utérin.

OBSERVATION N° 6

Thèse Hervé, Lyon, 1929, page 55

Mme G..., 62 ans.

Rien à signaler dans les antécédents. Une grossesse. Réglée régulièrement jusqu'à l'âge de 48 ans. Pendant 8 ans, rien de particulier, mais à l'âge de 56 ans, elle a une forte hémorragie qui l'anémie profondément. Elle consulte un médecin qui lui trouve une petite tumeur, qu'il conseille de faire enlever. Elle refusa à cette époque l'intervention, et continua à perdre en rouge et en blanc. Depuis 10 ans l'écoulement est devenu à perdre en rouge et en blanc. Depuis 10 ans l'écoulement est devenu continu.

A l'entrée (15 juillet 1914) l'amaigrissement est accentué, et cependant l'état général demeure satisfaisant. Au toucher : bourgeons néoplasiques sur le col et la paroi vaginale. Corps utérin volumineux, de consistance molle, faisant songer à la pyométrie ou à un utérus fibromateux avec dégénérescence. Culs-de-sac blindés.

Intervention (20 juillet 1914) Pfannestiel. Fond utérin mou, infiltré, indiquant un envahissement par le cancer; de prise très difficile car il s'arrache. Infiltration du ligament large. Hystérectomie abdominale totale typique impossible; on taille de propos délibéré dans la tumeur, ablation de l'utérus au niveau de son insertion vaginale, puis, secondairement, ablation incomplète de l'infiltration vaginale.

Examen de la pièce : Il s'agit d'un cancer du corps utérin avec envahissement du col et greffe vaginale.

La malade est décédée une semaine après l'opération.

OBSERVATION N° 7

Maunu of Heurlin. Archiv. für gynaek. 1911. N. 48

Adenocarcinome du col et de tout le corps utérin

Malade de 48 ans.

Utérus augmenté de volume (11+7+5), épaisseur de la paroi de 1,5 à 2,5 cm. le néoplasme, sous forme d'une masse molle à granulations fines, s'étend depuis la partie inférieure du col, à 1 cm. de l'orifice interne de l'utérus jusqu'aux cornes. A la partie inférieure, la paroi utérine est infiltrée sur presque toute son épaisseur. Dans le corps, on peut distinguer deux couches : une couche interne, blanche, jaunâtre formée d'une masse molle, villeuse, et une couche plus profonde un peu plus pâle qui a pénétré dans la couche musculaire. L'épaisseur du néoplasme atteint 1 cm. 8 à sa partie inférieure et diminue peu à peu en se rapprochant des cornes utérines, où elle n'est que de 0,4 cm. La partie la plus inférieure du col semble normale.

Examen microscopique : La partie inférieure du néoplasme tombe à pic sur la surface du canal cervical. La muqueuse en aval est saine, infiltrée de cellules rondes. *Dans tout le col*, formations glandulaires serrées, formant presque des alvéoles pleines, séparées de minces travées de tissu conjonctif infiltré de cellules rondes. L'épithélium est formé de cellules petites, pâles, polymorphes.

Dans le corps on peut distinguer deux couches : une couche interne formée de formations glandulaires serrées séparées de minces travées de tissu conjonctif (image typique de l'adénome malin), et une couche externe donnant l'image du carcinome simple, avec des grandes

alvéoles séparées de minces travées de tissu conjonctif. A l'orifice des trompes, on ne trouve que l'image de l'adénome malin.

A la partie la plus profonde de la muqueuse, quelques glandes utérines intactes. Le néoplasme a donc progressé sous forme d'adénome malin le long de la muqueuse, depuis le col jusqu'aux trompes, se transformant en carcinome simple au niveau de la couche musculaire.

OBSERVATION N° 8

Thèse Jacques, Lille, 1930

Cancer du corps utérin et du canal cervical

Mlle D..., 58 ans. Bonne santé. Ménopause il y a 6 ans en 1909. En 1911, métrorragie qui disparaît rapidement et ne se reproduit pas. Il y a un an en juillet 1914, de la leucorrhée apparaît, et a persisté depuis. En mars 1915, apparition de métrorragies qui ont continué depuis cette époque. Pesanteur douloureuse dans le bas-ventre. Amaigrissement très accusé.

Le 17 juillet 1915, l'état est le suivant : Bon aspect général. Le toucher vaginal difficile, en raison de la présence de l'hymen, montre que le col utérin est sain, et que le corps remonte à travers de doigt au-dessous de l'ombilic, qu'il est mobile et non douloureux.

Je pose le diagnostic de Cancer du corps utérin.

Le 21 juillet 1915, laparatomie. L'utérus est gros, présente une consistance molle ou dure suivant les régions ; il est libre. En arrière de l'isthme existe une nodosité. Hystérectomie abdominale totale.

Fermeture du vagin à l'aide d'un surjet ; enfouissement de cette suture sous un surjet unissant le péritoine vésical au péritoine postérieur. Péritonisation haute.

Examen de la pièce : Utérus très gros. La cavité renferme un cancer qui a envahi toute la muqueuse du corps

et celle du col jusque près de l'orifice externe. En certains points, existent des véritables cavités, ouvertes dans l'utérus, et dues à la destruction du tissu utérin par le cancer. Celui-ci a envahi profondément la musculuse, mais a respecté la séreuse. La paroi utérine présente des noyaux fibromateux qui semblent avoir été envahis par le cancer. Au niveau du fond de l'utérus existe un polype fibreux dont la périphérie est envahie par le cancer.

Les suites opératoires sont simples. Cependant, à partir du second jour existe une incontinence d'urine probablement due à une déchirure de la vessie.

Le 11 août, l'opérée sort de la Maison de Santé en bon état. Celui-ci persiste pendant quelques mois et l'opérée grossit ; mais l'incontinence d'urine persiste. A la fin de décembre des douleurs apparaissent dans le ventre et dans les lombes. L'opérée commence à maigrir et perd l'appétit. En mars 1916, la situation est la même, et l'examen ne me permet pas de reconnaître aucune trace de récidive. En juillet, j'apprends que la malade se cachectise de plus en plus, qu'elle a de violentes douleurs dans le ventre et qu'elle présente des escharres. Il n'y a pas de pertes vaginales.

La mort survient le 18 juillet. Quelques jours avant le décès, le médecin constatait l'existence d'indurations multiples dans le ventre.

Vu :
Nancy, le 16 Avril 1934.
Le Président de Thèse,
L. HOCHE.

Vu et approuvé :
Nancy, le 16 Avril 1934.
P^r le Doyen de la Faculté de Médecine
L'Assesseur,
R. COLLIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Nancy, le 17 Avril 1934.
Le Recteur de l'Académie,
L. BRUNTZ,
Président du Conseil de l'Université.

BIBLIOGRAPHIE

- ABEL. — Ein Faal von circumpkripten Cervix carcinom und gleichzeitigen isolierten Krebsknoten im Fundus uteri. Berliner Klin Woch, 1889, n° 30, p. 675.
- BINET. — La vie sexuelle de la femme. Introduction à la gynécologie. Un volume à l'Expansion Scientifique Française. Edition 1932.
- BINET. — La gynécologie indispensable. Méthodes actuelles d'examens et de traitement. Un volume à l'Expansion Scientifique Française. Edition 1934.
- BINET et WEISZ. — Une observation d'épithélioma total de l'utérus. Soc. d'Obs. et Gynéc. de Nancy, 15 novembre 1933.
- BINET et WEISZ. — Considérations anatomo-pathogéniques sur le cancer total de l'utérus. Paris Médical, 16 décembre 1933, p. 500.
- BONNET. — Cancer total de l'utérus. Gynécologie, 1926-27, p. 305.
- CHARRIER. — Epithélioma cylindrique du corps et épithélioma pavimenteux du col simultanés. Bull. Soc. Anat. Paris, 1890, p. 431.
- COTTE. — Fibrome et Cancer du corps utérin. Gynécologie, 1931, p. 551.

- CULLEN. — The Cancer of the uterus. New-York, 1900, p. 584.
- DELARBRE. — Le cancer total de la muqueuse utérine. Thèse de Lyon, 1923.
- DURAND et LEFORT. — Coexistence d'un épithélioma du corps et d'un épithélioma du col de l'utérus, à siège limité. Bull. Soc. Anat., décembre 1920, p. 652.
- DUVAL. — Cancer primitif du corps de l'utérus. Thèse de Paris, 1928.
- EISENBREY. — Two types of carcinoma occurring in the sam uterus. *Proced. of the New-York path. Soc.*, 1916, p. 42.
- ELLISCHER. — Ulcer Veranderungen des Schleimhaut das Uterus bei carcinom des portio vaginalis. *Zeitschr. fur Geb. u. Gynäk.*, t. XXII, p. 15.
- FAURE. — Les méfaits du curetage explorateur dans les cancers du corps de l'utérus. *La Presse Médicale*, n° 42, 24 mai 1930.
- FAURE (J.-L.). — Le cancer de l'utérus. Paris, 1925.
- FISCHER. — Zur Entschungweise secundärer Scheidenkrebs bei primären Gebarmutter Krebs. *Zeitschrift f. Geb. n. Gynäk.*, t. XXI, 1891, p. 185.
- FORGUE et SOULAS (M^{lle}). — Coexistence de fibrome utérin et cancers épithéliaux cavitaires. *Paris Médical*, 20 décembre 1930, p. 540-545.
- GREENE. — Epithélioma cylindrique du corps de l'utérus propagé au col et traité par le radium. *Bull. de la Soc. Gynéc. de Lille*, 1923, n° 15.
- GUILHEM. — Cancer total de l'utérus. *Sté Anatomo-Clinique de Toulouse*, 20 février 1932, p. 285.

- GUNSTET et GIRARDIN. — Quelques cas de métastases rétrogrades particulièrement au niveau du méat urétral dans le cancer de l'utérus. *Obs. et Gynäk.*, janvier 1932, p. 79-82.
- HERVÉ. — Diagnostic et traitement du cancer utérin. Thèse de Lyon, 1929.
- HITSCHMANN. — Ein Beitrag zur Kenntnis des Corpscarcinom. *Archiv. f. Gynäk.*, 1903, p. 641, obs. VI.
- HOFFMAYER. — Zur Anatomie und Therapie des Carcinoma corporis uteri. *Zeitschr. f. Geb.*, t. XXXI, p. 171.
- JACQUES. — Contributions à l'étude du traitement du cancer primitif de l'utérus. Thèse de Lille, 1930.
- KAMINER. — Essai sur le cancer de l'isthme de l'utérus. Thèse de Paris, 1893.
- LANCE. — Le diagnostic précoce du cancer de l'utérus. *Gazette des Hôpitaux*, 16 juin 1910, n° 68, p. 983.
- LAPEYRE, COLL DE CARRERA et FAYOT. — Cancer total de l'utérus. *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Montpellier*, avril 1923.
- LECLERC et KUHN. — Coïncidence de deux épithéliomas, l'un sur le fond de l'utérus, l'autre sur le col de l'utérus. *La Bourgogne Médicale*, janvier 1927, p. 14.
- LEVEUF et GODART. — Les lymphatiques de l'utérus. *Revue de Chirurgie*, 1923, p. 219.
- MAUNU et HEURLIN. — Contributions à l'étude de la structure, de l'accroissement et du diagnostic histologique du cancer du corps utérin, avec des remarques sur la prolifération épithéliale typique de la muqueuse utérine. *Archiv. f. Gynäk.*, t. XIX, 1911, p. 402.

- MEDIANO et LEROUX. — Fibromyome intra-cervical et cancer du corps. *Annales d'Anat. path.*, février 1927, p. 203.
- MIHAILOWITCH. — Métastases vaginales dans le cancer du corps utérin. Thèse de Lyon, 1926.
- PICHOT. — Etude clinique sur le cancer du corps et de la cavité utérine. Thèse de Paris, 1876.
- PFANNENSTIEL. — Ueber des gleichzeitige Auftreten von Carcinom am Collum und am Korper des Uterus. *Centralblatt f. Gynäk* 1892, p. 841.
- Beitrage zur pathologischen Anatomie und Histogenese des Uterus Krebses auf Grund eines weiteren Falle von Doppelten Carcinom und Gebarmutter. *Centralblatt f. Gynäk*, t. XVII, 1893, p. 414.
- POLAILLON. — Discussion sur le traitement du cancer de l'utérus. *Bull. Soc. de Chirurg.*, 1888, p. 823.
- POPOVITCH. — Contribution à l'étude du cancer pavimenteux du corps utérin. Thèse de Lyon, 1927.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*, 4^e édition, 1907, p. 496.
- REEB. — Adenofibromatose diffuse de la muqueuse utérine avec début de transformation carcinomateuse du col. *La Gynécologie*, 1924-1925, p. 257.
- ROCHET et MARTIN. — Généralisation cervico-utérine d'une tumeur de l'ovaire. *Lyon Chirurgical*, 17 décembre 1931, p. 346.
- RUGE. — Das Mikroskop in der Gynäkologie und die Diagnostik. *Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.*, 1890, t. XX, p. 103.
- SCHARJOWICZ. — Diagnostic précoce du cancer utérin. Thèse de Paris, 1928.

THOMAS. — Comment on peut arrêter médicalement les hémorragies du cancer de l'utérus. Gynécologie, mai 1925-26, p. 248.

TISSERAND. — Disparition des douleurs après sympathectomie peri-artérielle hypogastrique dans un cas de cancer utérin inopérable. Lyon Chirurgical, avril 1925.

TIXIER. — Cancer total de l'utérus. La Gynécologie, mai 1931, p. 301.

TIXIER et BONNET. — Du cancer total de la muqueuse utérine. Lyon Chirurgical, 1923, 14 juin.

TIXIER et POLOSSON. — A propos du cancer du corps utérin. La Gynécologie, 1931, p. 298.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	7
<i>Définition historique.</i>	
PATHOGÉNIE	11
<i>Origine et extension de l'épithélioma.</i>	
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	19
ETUDE CLINIQUE	22
<i>Symptômes fonctionnels.</i>	
<i>Symptômes physiques.</i>	
<i>Etat général.</i>	
DIAGNOSTIC	26
PRONOSTIC	30
TRAITEMENT	31
CONCLUSIONS	35
OBSERVATIONS	37
BIBLIOGRAPHIE	55
